

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: GONZALEZ SOFIATIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: DNI 45.580.295FECHA DE NACIMIENTO: 17/03/04 EDAD: 18 SEXO: F.DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: LOGOYA 4425EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: Rosana Cirio (madre) TEL: 1553114703GRUPO SANGUINEO: A FACTOR RH: (+)OBRA SOCIAL: OSSE SOCIO N°: 61.298391802 TEL: 0810 888 7288 (urgencias)

*VACUNAS (adjuntar fotocopias de carnet de vacunación)

*ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con un círculo)

SARAMPION

OTITIS

ESCARLATINA

ENFERMEDAD CELÍACA

VARICELA

BRONQUITIS

MENINGITIS

EPILEPSIA

TOS CONVULSIVA

HERNIAS

ASMA

PAPERAS

SINUSITIS

PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

CARDIOPATÍAS

DIABETES

REUMATISMO

OTRAS: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: FRACTURA DE TIBIATRAUMATISMOS/FRACTURAS: " " "¿ES ALERGICO? NO ¿A QUÉ? _____

¿CÓMO LO EVITA? _____

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? NO

*SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

OTRAS ACTIVIDADES QUE USTED CREA CONVENIENTE HACER: NO

APTO FÍSICO

CABA, 1/3/2023

Certifico haber examinado a GONZALEZ SOFIA DNI 45.580.295 quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad. Para ser presentado ante las autoridades del Club Atletico All Boys.

Firma del Profesional

Dr. Domingo V. Mugerí
MÉDICO PEDIATRA - NEONATÓLOGO
Aclaración N° de matrícula
SIMBRON 4902 (1117) C.A.B.A.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración